NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20230323001

1例贲门癌患者免疫治疗过程中出现隐源性机化性肺炎的护理

吴　晶
（北京医院 国家老年医学中心 中国医学科学院老年医学研究院 保健医疗部，北京，100730）

摘要：本文总结1例贲门癌患者免疫治疗过程中出现隐源性机化性肺炎的护理经验。针对患者在进行免疫治疗过程中出现严重的免疫相关不良反应（隐源性机化性肺炎），其护理要点包括：严格的保护性隔离，避免交叉感染，体位护理、吸氧护理、输液港的维护、体质量管理和症状监测在内的专科护理和基础护理，严格药物指导，用药后出现带状疱疹的皮肤护理，以及关注患者的心理变化和稳定患者情绪。经过积极治疗和精心护理，患者病情明显好转，隐源性机化性肺炎得到了很好的控制，患者顺利出院。

关键词：免疫治疗；贲门癌；隐源性机化性肺炎；带状疱疹

Nursing of a cardiac cancer patient with cryptogenic organizing pneumonia after immunotherapy

WU Jing
（*Department of Healthcare*，*Beijing Hospital*，*National Center of Gerontology*，*Institute of Geriatric Medicine Chinese Academy of Medical Sciences*，*Beijing*，100730）

ABSTRACT：The nursing experience of a case of cardiac cancer patient with cryptogenic organizing pneumonia followed by immunotherapy was summarized. In the process of immune therapy in patients with severe immune-related adverse event，the nursing key points included the strict protective isolation，avoiding cross-infection，specialist nursing and basic nursing interventions such as body position nursing，oxygen inhalation care，maintenance of infusion port，weight management and surveillance，strict drug instruction，skin care for herpes zoster，and paying attention to the psychological changes of patients and mood-stabilizing. After 27 days of treatment and careful nursing，the patient´s condition improved significantly，the cryptogenic organizing pneumonia was well controlled，and the patient was discharged from hospital.

KEY WORDS：immunotherapy；cardiac cancer；cryptogenic organizing pneumonia；herpes zoster

贲门癌属于胃癌的一种，在胃癌中约占33%[1]。真正的贲门癌是指贲门解剖部位发生的癌症，国内通常认为其位于食管胃交界处下方2 cm内[2]。贲门癌发病隐蔽，分化程度低且侵袭力强，浸润范围较广，故发病早期症状不明显，一经发现大多为中晚期，免疫治疗成为了当前重要的治疗方法之一。随着2018年6月15日我国首个程序性死亡受体1（PD-1）免疫检查点抑制剂（PD-1单抗）的正式获批，中国由此进入免疫治疗时代。有研究[3]表明纳武立尤单抗（Nivolumab）在治疗难治性晚期胃癌或胃食管癌患者中具有持久的抗肿瘤活性，并能明显延长患者的总生存期（OS），且具有较好的安全性。免疫治疗的毒性和传统放化疗不同，在临床应用中带来了新的问题，当免疫耐受失衡累及正常组织时，会导致免疫相关不良反应（irAEs）。隐源性机化性肺炎（COP）是严重的免疫相关不良反应，有报道机化性肺炎的发病率估计为6～7/10万，其中约超过半数为

COP,但COP确切的发病率目前尚不清楚[4]。COP属于急性亚急性间质性肺炎中的一种,临床上多亚急性起病,纤维化可逆转。偶有急性起病者,临床表现为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)[5],如果不及时治疗,可发生呼吸衰竭而死亡。目前,我国以纳武立尤单抗(Nivolumab)为代表的PD-1抗体在肿瘤免疫治疗中导致的COP的相关护理文献较少。本文总结1例贲门癌患者免疫治疗过程中出现COP的治疗和护理过程,为临床工作提供参考。

1　临床资料

患者老年男性,70岁,既往体健。2019年5月16日诊断为贲门癌,2019年5月30日起行3程化疗,评价疗效为部分缓解。第4~6周期调整化疗方案,复查评价效果维持部分缓解。于2019年9月24日行全麻下开胸食管胃部分切除食管胃弓下吻合加淋巴结清扫术,术后于2019年11月11日化疗1程,化疗后出现III度恶心、呕吐,2019年11月25日起改变化疗方案,行2、3、4程化疗。2020年10月27日复查,可疑肿瘤复发,转移可能性大,左肺下叶斑片条索影,考虑良性,左侧胸腔极少量积液。

2021年1月行细胞免疫治疗及PD1抑制剂治疗,每3周治疗1次,暂缓化疗。于2021年1月5日起行RAK细胞回输治疗连续3 d并予Nivolumab(PD1抑制剂)200 mg静脉滴注治疗3个疗程,治疗过程顺利,患者出现轻度乏力,间断感恶心,无呕吐,伴烧心、反酸,口服抑酸、胃动力药物及胃粘膜保护药物可缓解。2021年4月复查,考虑肿瘤进展,给予Nivolumab基础上加用阿帕替尼及放疗。2021年5月5日开始放疗,于6月9日结束放疗。2021年5月4日—6月9日口服阿帕替尼,患者出现纳差,乏力,伴恶心,血压增高,给予对症治疗后好转。2021年7月14日复查CT及PET-CT,局麻下行淋巴结活检术,临床考虑转移性胃腺癌。考虑肿瘤进展,继续PD-1单抗免疫治疗、细胞免疫治疗联合白蛋白紫杉醇单药化疗,必要时联合放疗。2021年10月11日复查多处淋巴结较前明显缩小,初步评价疗效为部分缓解。

2021年10月25日—10月28日,间断使用PD-1及输注NK细胞治疗。2021年11月16日复查CT示双肺多发斑片、实变影,考虑COP可能性大,免疫治疗相关可能,给予暂停PD-1免疫治疗及NK细胞治疗,给予激素治疗,遵医嘱予甲强龙60 mg静脉滴注治疗,1次/d,3 d后复查胸部CT,双肺斑片、实变影较前略有吸收,遵医嘱将甲强龙减量至40 mg静脉滴注治疗,1次/d,10 d后复查胸部CT,双肺斑片影较前吸收,遵医嘱将甲强龙改为40 mg口服。

2021年12月3日复查,胸CT结果显示双肺斑片影较前吸收良好,将甲强龙改为36 mg口服,之后每周减量4 mg。同时发现患者前胸部、颈部散在红斑及成簇水疱,诊断为带状疱疹,给予抗病毒药物,营养神经类药物口服,并给予阿昔洛韦乳膏外用,患者瘙痒疼痛明显时加服普瑞巴林等治疗。2021年12月13日因患者瘙痒难忍,夜间睡眠质量极差,给予患者加服盐酸文拉法辛缓释胶囊(怡诺思),并请针灸科予针灸治疗,并间断行颈丛神经节阻滞治疗,1周后患者病情稳定,免疫治疗相关性肺炎好转,皮肤红斑消退,患者出院,并嘱定期复查。

2　护理

2.1　保护性隔离

肿瘤患者本身的免疫力相较其他人来说比较低,对其日常的诊疗和护理工作要严格注意保护患者。对患者进行单独房间进行管理,房间门口放置减少探视的提示牌,要求保洁人员用500mg/L消毒液(健之素)对房间内家具、地板进行清洁。患者饮食餐具单人单用,并使用高温蒸汽方法对餐具进行消毒。所用医疗器具单人单用,体温计、血压测量仪、监护仪、听诊器等放在患者房间内。责任护士在护理多个患者时,护理操作时严格遵照先护理普通患者后护理有传染性疾病患者的原则,避免交叉感染,并做到按规定洗手,规范佩戴口罩,在进行严格无菌操作时,穿隔离衣,戴无菌手套及一次性防护帽。

2.2　专科护理

专科护理方面包括体位护理、吸氧护理、输液港的维护、体质量管理和症状监测。体位护理:指导患者休息时采取有利于呼吸的体位,将床头抬高30°~45°。吸氧护理:遵医嘱给予患者间断吸氧,调节合适的氧流量,并告知患者禁止调节氧浓度,进行用氧安全的宣教。指导患者雾化后如何有效排痰,以身示范并给予患者拍背,促进排痰。输液港的维护:患者使用输液港输注药物,要严格无菌操作进行输液港的维护和使用,每班关注输

液港敷料情况及周围皮肤。体质量管理:管理患者体质量,每周测量和记录体质量变化。症状监测:神经节阻滞后患者出现一系列神经症状,如治疗侧眼睑下垂、嘴角歪斜、一侧上肢无力等,应注意患者安全。此外,应关注患者主诉,有异常及时通知医生,并遵医嘱进行相应处理,注意相应诊疗后患者的情况,进行严密的病情观察。

2.3 基础护理

基础护理包括病房环境、饮食指导以及日常生活。保证房间内适宜的温湿度,患者为老年人,且偶有咳嗽,无痰咳出,病房空调温度保持在22～24℃,湿度50%～60%。保持病室床单位的清洁和舒适,指导患者多饮水,进食营养丰富的易消化食物,每日进食一些水果的摄入。告知患者注意休息,尤其是夜间睡眠差时,嘱患者日间增加适量睡眠时间,可进行适度活动,如出汗后注意保暖并及时更换潮湿的衣物。外出检查时,添加衣物,指导患者戴口罩,戴帽子,做好保暖,检查归来要洗手,做好防护。

2.4 皮肤护理

管理患者疼痛情况,患者疱疹处皮肤瘙痒疼痛,每日采用疼痛数字评分法(NRS)对其进行疼痛评估,根据疼痛程度,遵循"三阶梯止痛原则"给药。每日按时遵医嘱按时给予患者疱疹处外涂抗病毒阿昔洛韦乳膏,涂药前用无菌棉球蘸取适量生理盐水轻轻擦拭残余药膏后待干,再使用无菌棉签涂抹适量药膏,采用"画圈方式"促进药物吸收,并用无菌纱布与衣物隔开,防止衣服对疱疹的刺激。患者行针灸治疗后4 h内避免沾水,并注意保暖。患者行神经节阻滞后,使用无菌敷料保护,避免皮肤感染。

2.5 用药护理

患者长时间使用激素治疗,易出现多种不良反应,需要及时发现、及时处理。针对消化道出血,需遵医嘱预防性使用胃黏膜保护药物,主要措施:静脉输注激素前先给予胃黏膜保护药物输注;改为口服治疗后,餐前半小时给予口服胃黏膜保护药物,并嘱患者进餐时服用激素药物;同时观察患者有无呕血、黑便、胃部不适等消化道症状,遵医嘱留取便标本进行实验室检查。积极预防患者骨质疏松,遵医嘱给予钙剂治疗。关注患者皮肤是否出现水肿,每班护士要观察患者下肢皮肤,及时发现水钠储溜等情况,并关注患者排尿情况。关注是否有脂肪重新分布的情况,如满月脸、向心性肥胖。患者因疱疹导致的皮肤处瘙痒疼痛难忍并且严重影响患者睡眠情况,加服精神类药物,严密观察服药后的症状变化。

2.6 心理护理

患者因病情变化出现轻度焦虑,再加之患者睡眠质量差,遵医嘱给予安眠药物,夜间查房时动作轻柔,主动关心患者疾病情况,耐心倾听主诉,多采用鼓励性语言,增强患者信心。患者喜爱读书,科室为其提供一些阅读书籍;播放电视节目,转移患者注意力,舒缓焦虑情绪,使其身心放松,调整心态。患者在进行神经节阻滞后出现肢体无力等症状,向患者解释是药物正常反应,症状会随着药物吸收而逐渐消失,缓解患者恐惧心理。患者如出现满月脸、向心性肥胖等,要及时告知患者用药结束后,症状即可逐渐消失,提高患者用药积极性。患者没有陪护人员,护士多与其进行沟通,沟通语言真切平和,让患者感受到温暖。

3 讨论

COP属于特发性间质性肺炎的一种,其诊断源自于病理学上的机化性肺炎,机化性肺炎是有一些明确病因的,排除已知病因后,仍找不到病因的即为COP。COP起病初大多病情较轻,常伴有发热、刺激性咳嗽、全身乏力、体质量下降等流感样症状[6],所以患者在出现上述症状时一定要警惕,及时发现病情变化采取及时的处理,而且激素治疗效果好[7]。目前,免疫治疗是癌症的重要的治疗方法,COP作为其严重的并发症需要得到重视。在患者进行免疫治疗过程中即需要临床工作者严密的观察,警惕COP的出现。如合并COP的发生,应积极配合相应的治疗方法,根据患者的症状进行护理工作。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 王彦华, 解玲玲, 孙成建, 等. 碘-125粒子内照射治疗术后复发贲门癌疗效观察[J]. 中国介入影像与治疗学, 2015, 12(3): 131-134.
WANG Y H, XIE L L, SUN C J, et al. Efficacy of iodine 125 seeds on recurrent postoperative cardiac carcinoma[J]. Chin J Interv Imaging Ther, 2015, 12(3): 131-134. (in Chinese)

[2] 王晋军, 栗建军, 杨婧娟. 同步放化疗治疗中晚期贲门癌34例临床分析[J]. 中国基层医药, 2016,

23(17):2691-2693,2694.
WANG J J, LI J J, YANG J J. The clinical analysis of 34 intermediate and advanced cardiac cancer with concurrent radiochemotherapy treatment[J]. Chin J Prim Med Pharm, 2016, 23(17): 2691-2693, 2694. (in Chinese)
[3] 戴佳丽,陈玥彤,崔笑雯,等. 晚期胃癌免疫治疗的研究进展[J]. 医学综述,2020,26(9):1718-1724.
DAI J L. CHEN Y T, CUI X W, et al. Research Progress of Immunotherapy on Advanced Gastric Cancer[J]. Med Recapitul, 2020, 26(9): 1718-1724. (in Chinese)
[4] CORDIER J F. Cryptogenic organising pneumonia [J]. Eur Respir J, 2006, 28(2): 422-446.
[5] CORDIER J F. Cryptogenic organizing pneumonia [J]. Clin Chest Med, 2004, 25(4): 727-738, vi-vii.
[6] LEE J W, LEE K S, LEE H Y, et al. Cryptogenic organizing pneumonia: serial high-resolution CT findings in 22 patients[J]. Am J Roentgenol, 2010, 195(4): 916-922.
[7] 迟磊,黄燕,崔振泽. 隐源性机化性肺炎[J]. 国际呼吸杂志,2015,35(24):1890-1893.
CHI L, HUANG Y, CUI Z Z. Cryptogenic organizing pneumonia[J]. Int J Respir, 2015, 35(24): 1890-1893. (in Chinese)